

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ МИКСТ-ИНФЕКЦИЙ ПРИ ОСТРОМ АМЁБИАЗЕ КИШЕЧНИКА

Э.Р. Рахманов, Ш.К. Матинов, Х.Н. Пачаджанова, Х.Х. Хабибов

Кафедра инфекционных болезней

Актуальность. Республика Таджикистан традиционно относится к числу территории, гиперэндемичных по заболеваемости такими острыми кишечными инфекциями как брюшной тиф, дизентерия, амёбиаз, лямблиоз и др. Благодаря успехам в изучении патогенеза, особенностей клиники и внедрению в практику современных методов диагностики, постоянному совершенствованию терапии острых кишечных заболеваний за последние годы значительно улучшились их исходы.

Однако этого нельзя сказать в отношении смешанных инфекций, вызванных двумя или несколькими микробами – возбудителями (микст - инфекций).

Микст-инфекции распространены широко и повсеместно, но чаще всего возникают в эндемичных очагах с неблагоприятной санитарно – гигиенической и эпидемиологической обстановкой. Наличие у многих возбудителей кишечных инфекций общих механизмов передачи способствует одномоментному заражению человека несколькими видами патогенных микроорганизмов. Несмотря на то, что первые сведения о смешанных инфекциях были получены более 100 лет назад и в последующим дополнялись многочисленными экспериментальными и клиническими наблюдениями и исследованиями, они до сих пор являются актуальными [1-4].

Как известно, смешанный инфекционный процесс не является простой суммой изменений, вызванных отдельными микробами – возбудителями, они принципиально отличаются тем, что развиваются в условиях взаимоотягивающего действия болезнетворных агентов. Вместе с тем, особенности патогенеза, клиники, диагностики и терапии различных смешанных инфекций изучены недостаточно. Имеющиеся в литературе сведения разноречивы, поэтому они малоизвестны или совсем незнакомы практическим врачам. Вследствии этого нередко допускаются ошибки в диагностике и своевременной терапии данных заболеваний.

Цель исследования: изучение клиники и течения микст-инфекции острого кишечного амёбиаза с острой дизентерией и брюшным тифом у взрослых.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 36 больных с микст-инфекцией. У 30 из них амёбиаз кишечника сочетался с острой дизентерией, у 6 больных заболевание протекало с брюшным тифом. Из общего количества больных мужчин было 17, женщин - 19, городских жителей - 16, сельских - 20, возраст больных колебался от 16 до 40 лет. Во всех случаях диагноз микст-инфекции был выставлен на основании клинико-эпидемиологических данных и подтверждён лабораторными методами исследования: обнаружением вегетативной формы *Entamoeba histolytica* в нативном мазке и бактериологическим исследованием фекалий - высевам шигелл. Диагноз брюшного тифа во всех случаях был подтверждён гемокультурой. Все больные находились на стационарном лечении в Городской клинической инфекционной больнице города Душанбе.

Результаты и их обсуждение. Из 30 больных острым амёбиазом кишечника, при котором заболевание сочеталось с бактериальной дизентерией, мужчин было 13, женщин – 17, городских было - 11, сельских – 19. Средний возраст больных составил 29,4 + 1,9 лет. От общего количества обследованных у 19 больных были высеяны из фекалий шигеллы Flexnera, у 11 из них – шигеллы Zonne. Заболевание у 76,6% больных с данной микст – инфекцией начиналось остро с повышения температуры тела до 39,0С, головных болей, слабости, вялости. Затем на 2-3 сутки от начала болезни присоединился частый жидкий стул до 8-10 раз в сутки и колитический синдром, который проявлялся схваткообразными болями в животе. Нужно

отметить, что боли у 20% больных локализовались в правой подвздошной области, у 23,3% в левой подвздошной области, у 56,7% больных боли отмечались по ходу всего толстого кишечника. Ложные позывы (тенезмы) беспокоили 52,3% больных. При пальпации у 2/3 больных толстый кишечник был спазмирован и резко болезнен. У 26% больных характер стула был слизисто-кровянистым, стул в виде «малинового желе», который характерен обычно для амёбиаза кишечника, при сочетанном течении этих инфекций мы не наблюдали.

Несмотря на проводимую антибактериальную терапию по поводу острой дизентерии, стул у больных оставался слизисто-кровянистым, схваткообразные боли не стихали, беспокоили тенезмы. Данное состояние было вызвано с микст-инфекцией амёбиаза кишечника с острой дизентерией. Нужно отметить, что после назначения противопротозойных препаратов состояние больных в динамике улучшилось, боли в животе прекратились на 6-7 день, стул нормализовался на 10-12 день, а на 14 день у больных нормализовались показатели копрограммы.

Проведённые наблюдения показывают, что в условиях нашей республики нередко можно наблюдать сочетанное течение острого амёбиаза кишечника с острой дизентерией, поэтому практическим врачам необходимо это иметь в виду для своевременной диагностики и проведения комплексной терапии этих микст-инфекций. Как было отмечено выше, мы также наблюдали, течение амёбиаза кишечника в сочетании с брюшным тифом, таких больных было 6 человек. Из них мужчин было 4 (66,7%), женщин - 2 (33,3%), городских жителей - 5 (83,3%), сельских - 1 (16,7%). Средний возраст больных составил 31,5 ± 2,1 года.

Большинство больных (4) поступили в клинику в среднем на 6,7 ± 1,7 день от начала болезни. При поступлении у половины больных состояние было оценено как среднетяжёлое, а у остальных тяжёлое. Заболевание во всех случаях начиналось остро с повышения температуры тела до 38-39°C. У всех наблюдаемых больных отмечалась интоксикация организма, головные боли, адинамия, бессонница, общая слабость, снижение аппетита. Розеолезные высыпания на коже нами были выявлены у 83,3% больных, у 4 (66,7%) болезнь сопровождалась болями в животе схваткообразного характера, частым жидким стулом до 3-5 раз в сутки с примесью слизи и крови, беспокоили тенезмы. У 2-х больных мы наблюдали рвоту.

Во всех случаях при пальпации у больных отмечались боли по ходу толстого кишечника, увеличение размеров печени и селезёнки - у 2-х больных. Характер стула у 66,6% был слизисто-кровянистым. Комплексное лечение данной микст-инфекции включало назначение антибактериальных препаратов по поводу брюшного тифа и одновременно больные получали амёбоцидные препараты.

После проведённой комплексной терапии состояние больных в динамике улучшилось, снижение температуры в среднем произошло на 9,4 ± 2,1 день от начала лечения, снизилась интоксикация. Патологические примеси из стула в среднем исчезли у данных больных на 7-8 день от момента лечения амёбиаза кишечника. Полностью стул нормализовался на 9-10 день от начала лечения. При контрольном неоднократном исследовании кала на кишечную амёбу после лечения результаты анализов были отрицательными. Таким образом, в условиях жаркого климата Республики Таджикистан нередко наблюдаются случаи сочетанного течения шигеллёзов и брюшного тифа с амёбиазом кишечника. Сочетанное течение острого амёбиаза кишечника с острой дизентерией в клиническом плане имеет свои трудности, однако своевременное лабораторное подтверждение способствует своевременной постановке окончательного диагноза. Микст-инфекция амёбиаза кишечника с брюшным тифом проявляется в течение всей болезни с преобладанием клиники брюшного тифа. Однако такие диспепсические проявления как схваткообразные боли в животе, частый жидкий стул с примесью слизи и крови, тошнота, рвота более выраженные, чем при изолированном течении брюшного тифа, что необходимо учитывать при диагностике и обследовании больных тифо-паратифозной инфекцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гинецинская Т.А., Добровольский А.А. Частная паразитология. М., 1978, -С. 18-32
2. Дорошенко К.Г., Васильев Н.В., Лечихин А.В. и др. Особенности течения тифо-паратифозных заболеваний в условиях Западной Сибири (брюшной тиф и описторхоз). Томск, 1980, -С.12-53
3. Поставит В.А. Инфекционные болезни. – СПб, 1997, -С. 118-134
4. Рахманов Э.Р., Шарипов Т.М., Пачаджанова Х.Н. Сочетанное течение брюшного тифа с тропической малярией. «Вестник Авиценны», Душанбе, 2006, № 3-4, -С.97-100

ХУЛОСА

Хусусиятҳои ҷараёни саририи баъзе сироятҳои микстӣ ҳангоми амёбиази шадиди рӯдаҳо

Э.Р. Раҳмонов, Ш.К. Матинов, Х.Н. Почоҷонова, Х.Х. Ҳабибов

Тадқиқоти гузаронидашуда доир ба ҷараёни якҷоягии амёбиази шадиди рӯдаҳо бо ислоҳи хунии бактериявӣ ва домана нишон дод, ки маълумотҳои сироятҳои микстӣ ғайримуқаррарӣ бо бартарии алоими дарозмуддати дарунравӣ ва захролудшавии баръало меғузарад, ки духтурон бояд онҳоро ҳангоми гузоштани ташҳиси дуруст ва интиҳоби саривақтии роҳҳои табобати ин сироятҳои микстӣ ба назар гиранд.

SUMMARY

PECULIARITIES OF CLINICAL PROGRESS OF SOME MIXT-INFECTIONS UNDER ACUTE AMEObIASIS OF INTESTINE

E.R. Rahmanov, Sh.K. Matinov, H.N. Pachajanova, H.H. Habibov

The investigation about complicated progress of acute intestinal ameobiasis with bacterial dysentery and enteric fever showed that mixt-infections process is atypical – prolonged diarrhea syndrome prevalences, pronounced intoxication that physicians must take into account for right diagnosis and choice of clinical tactic under these mixt-infections.



ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Ю.И. Пиголкин, Г.В. Золотенкова, З.К. Хушкадамов, Е.В. Соколова

Кафедра судебной медицины Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова
Российской Федерации

В соответствии с произошедшей в 90-е гг. прошлого столетия переоценкой ценностей не только в России, но и на всём постсоветском пространстве, личность, её права и свободы приобрели приоритетное значение в триаде «государство, общество, личность».

Любое правонарушение причиняет и создаёт угрозу причинения вреда интересам человека. Основопологающий признак преступления, его общественная опасность в том и заключается, что оно посягает на отношения, обеспечивающие жизнедеятельность общества.

Ещё Аристотель определял человека как «политическое животное», тем самым подчеркивая наличие в нём двух начал: биологического и социального [2]. Т.е. человек не просто био-